

2025年度「第2回知的障害者ガイドヘルパー養成研修課程」

申込票

年 月 日

フリガナ 氏名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)
		性別	男・女
住所	(〒 -)		
電話番号		FAX番号	
携帯番号		メール	
所属		職業	

①受講動機を教えてください。 ※複数チェック可

スキル向上 仕事の為 興味があった 紹介 その他()

②現在お持ちの資格があれば、該当する番号を丸印で囲んでください。

- 1、訪問介護員2級養成研修課程修了 2、介護職員初任者研修課程修了
 3、介護福祉士 4、同行援護 5、全身性障害者ガイドヘルパー
 6、日常生活支援従業者 7、その他()

③この研修を何で知りましたか？

藤沢育成会のホームページ

藤沢市の広報

その他()

④サービスセンターまるで研修を受けた理由はなんですか？

⑤実習可能日を、土日を含めて最低6日以上お知らせ下さい。

実習については原則6時間以上のサービスとなります。
(場合によって短くなる事もあります。)

実習可能日に○印をお願いします。
(※ご記入頂いた日の中から事務局にて実習日時、場所を決めさせていただきます)

★ 実習期間 1/9(金)～2/3(火)

日	月	火	水	木	金	土
					1/9	10
11	12・祝	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
2/1	2	3				

・実習決定連絡後の変更は原則お受けしておりません。

※やむを得ない事情(インフルエンザ、急な法事など)をのぞく

・上記の可能日を参考に調整させて頂き、後日連絡させて頂きます。

都合の変更がある場合は速やかに電話にてお知らせ下さい。

(0466-28-0909ヘルパ一部屋まで)

・なお、受講生都合で終了日までに実習が組めない場合は、

修了証をお渡し出来ないことがございますのでご了承ください。